Lane Medical Library

Der primäre Gallenblasenkrebs.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt einer

hohen Medicinischen Fakultät der Universität Leipzig

und von derselben zum Druck genehmigt

am 1. März 1898

von

Emil Jacobi

approb. Arzt

aus Harmelsdorf in Westpreussen.

Berlin.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke)

Linienstrasse 158.

Vor etwa zwanzig Jahren noch galt der primäre Krebs der Gallenblase für ein relativ seltenes Vorkommnis. Seit dieser Zeit jedoch hat sich die Litteratur über das Carcinom der Gallenblase ganz stattlich vermehrt; es sind namentlich die pathologische Anatomie und die Ätiologie vielfach Gegenstand der Betrachtung geworden. Ich erinnere nur kurz an die Arbeiten von Villard und Musser, welch' letzterer hundert Fälle von Gallenblasenkrebs in der Schrift

„Primary" Cancer of the Gall-Bladder and Bile-Ducts"

mitteilt. Eine vorzügliche Arbeit hat in den letzten Jahren Heinrich Zenker geliefert, welcher namentlich die Beziehungen des primären Krebses der Gallenblase zu Gallensteinen und Gallenblasennarben in den Bereich seiner Betrachtungen gezogen hat. Je grösser nun die Zahl der Beobachtungen von primären Carcinomen der Gallenblase wird, und je mehr sich die Fälle häufen, desto lebhafter wird natürlich der Wunsch und die Absicht rege, im Interesse der Kranken eine möglichst frühzeitige und sichere Diagnose stellen zu können, namentlich, da die Chirurgen seit Langenbuch vor einer Exstirpation der Gallenblase nicht mehr zurückschrecken; denn je früher wir den Krebs erkennen, besonders so lange derselbe noch allein in der Blase seinen Sitz hat, desto grösser wird die Aussicht auf radikale Heilung werden. Es ist nun eine alte Erfahrung und von hohem Interesse,

dass in der Vorgeschichte der an primärem Gallenblasenkrebs zu Grunde gegangenen Kranken sich vielfach mehr oder weniger deutliche Schilderungen finden, welche auf Steinkoliken schliessen lassen. Zuweilen ist nach jahrelanger Ruhe und nach langem Wohlbefinden die Erinnerung an jene Anfälle aus dem Gedächtnisse der Patienten geschwunden, und erst das bestimmte Examinieren des Arztes ruft die Erinnerung an Vorgänge der Vergangenheit wach, welche sich als Gallensteinkoliken charakterisieren und verwerten lassen. Zuweilen sind dem Blasenkrebs keine solche Prodrome vorausgegangen, und wir stehen dann nach der Angabe aller Autoren vor einer Diagnose, die zu den schwierigsten mit gehört und welche nur unter besonders günstigen Verhältnissen gestellt werden kann. Bevor ich auf die speciellen Erscheinungsformen des primären Gallenblasenkrebses eingehe, sei es mir bei der Wichtigkeit der Krankheit und bei dem in neuester Zeit immer mehr in den Vordergrund tretenden Bestreben eine bestimmte Causa für das Entstehen des Krebses zu ermitteln — es ist ja in dieser Hinsicht das Carcinom als bacilläre Erkrankung hingestellt worden — gestattet, noch kurz auf die Ätiologie des primären Krebses einzugehen. Man weiss aus Erfahrung, dass Krebs sich gern da etabliert, wo eine Reihe, wenn auch kleiner, aber doch constant einwirkender Reize das Gewebe irritierend schwächen; es sei nur hingewiesen auf den Lippenkrebs der Raucher, carcinomatöse Papillome der Wangenschleimhaut, Zungenkrebse, wo in beiden Fällen spitze Zähne die Ursache der Entartung abzugeben scheinen. Ferner ist es bekannt, dass das Ulcus ventriculi infolge Einführung unzweckmässiger Speisen oder durch irrationelle Kleidung oder durch irgend welche andere chronische Reize dauernd irritiert, leicht einen günstigen Boden für das Entstehen des Krebses bietet. Die Vorgänge hierzu sind besonders schön von G. Hauser in seiner Schrift:

„Das chronische Magengeschwür, sein Vernarbungsprocess und dessen Beziehungen zum Magencarcinom“

Leipzig 1883, studiert und klargelegt worden.

Auch der sogenannte Schornsteinfegerkrebs, Russ- und Teerkrebs gehört hierher, wo aus dem durch die reizende Einwirkung des Russes und Teers hervorgerufenen entzündlichen hyperplastischen Zuständen des Scrotum sich der Epithelialkrebs bildet. Da der Krebs vorzüglich eine Krankheit des mittleren und höheren Alters ist, wo ja an und für sich die Gewebe nicht mehr so kräftig und widerstandsfähig sind, so wird natürlich die Gefahr, dass auf der Basis chronisch gereizter Narben und Wunden das Carcinom entstehe, in diesen Altersperioden um so grösser. Interessant ist ein Fall, welchen Riedel in seinem Buche

„Erfahrungen über die Gallensteinerkrankung mit und ohne Icterus“

mitteilt. Hier ergab die Obduktion Carcinom des Colon ascendenz gerade an der Stelle, wo die Gallenblase auf dasselbe gedrückt hatte. Dieser Autor weist auch mit Recht auf die Gefahr hin, welche den Gallensteinkranken, abgesehen von der Gefahr des Indietiefewanderns der Steine, durch das Carcinom der Gallenblase drohe.

Wie liegen nun die Verhältnisse beim Gallenblasenkrebse? In der grössten Mehrzahl der Fälle finden wir Steine, und auch da, wo wir keine finden, lassen sich dieselben nicht absolut ausschliessen; sie können durch irgend welche Zufälligkeiten dem Auge des Beobachters entgangen sein. In irgend welchem Zusammenhang muss nun wohl das Carcinom der Gallenblase zu den Steinen stehen, wenn anders man nicht die Thatsache von dem überaus häufigen Zusammentreffen beider ganz übersehen will. Es ist die Ansicht vertreten worden, unter anderm von Frerichs, dass die Steine das Secundäre und das

Carcinom das Primäre wäre. Diese Meinung hat aber als zu wenig unterstützt wenig Anklang gefunden.

Neuerdings hat Naunyn in seinem Werke

„Klinik der Cholelithiasis“

durch ebenso schöne wie klare Untersuchungen festgestellt, dass die Steinbildung primär auf Erkrankung der Gallenblasenschleimhaut zurückzuführen ist. Daraus ergiebt sich nun, dass, wenn sich einmal Concremente auf der Basis einer auch nur leicht erkrankten Gallenblasenschleimhaut gebildet haben, das Verweilen derselben in der Blase nicht gleichgültig sein kann.

Der Stein bildet als Fremdkörper ein Reizmittel, welches die entzündliche Schleimhaut weiter irritiert und und dieselbe nicht zur Ruhe kommen lässt. Durch den Versuch, den der Organismus macht, den Fremdkörper fortzuschaffen, was je nach der Grösse und Anzahl der Steine natürlich mehr oder weniger schwer oder unmöglich wird, durch Sturz, durch Stoss, durch den Druck irrationeller Kleidung, werden leicht Arrosionen und Geschwürsflächen geschaffen, welche durch den chronisch stetigen Reiz der Steine zu atypischen Wucherungen des Epithels Veranlassung geben.

Soviel über die Ätiologie dieses Krebses.

Wenn ich nunmehr auf die Beantwortung einer Frage, wie erkennt man möglichst frühzeitig den primären Gallenblasenkrebs oder mit anderen Worten, wie diagnosticiere ich die ersten Anfänge dieses Leidens, ja ist es überhaupt möglich, die Diagnose so zeitig zu stellen, dass von der Hand des Chirurgen noch Rettung erwartet werden kann, übergehe, so verkenne ich dabei keineswegs, dass das primäre Gallenblasencarcinom in seinen ersten Anfängen jedenfalls ausserordentlich schwierig und manchmal, besonders bei indolenten Personen gar nicht zu erkennen sein wird, allein in vielen Fällen wird sich bei einer genau aufgenommenen Anamnese und bei sorg-

fältiger Untersuchung durch Palpation per exclusionem die Diagnose ermöglichen lassen. Auf die Resultate der Inspection der Palpation der Anamnese und der Differenzialdiagnose muss man umsomehr Gewicht legen, weil die klinischen Symptome des primären Blasenkrebses im allgemeinen vager Natur sind. Um zunächst die differenzialdiagnostisch in Betracht kommenden Erkrankungen, welche zu mannigfachen Irrtümern in der Diagnose des primären Gallenblasencarcinoms Veranlassung geben können, vorwegzunehmen, so gehören hierher:

1. Erkrankungen des Pancreaskopfes, wie Nekrose, Blutungen in demselben und Carcinome desselben,
2. Carcinome des Magens,
3. circumscripte Tuberculose des Magens,
4. circumscripte Tuberculose des Bauches,
5. Carcinome der Leber,
6. Wanderniere,
7. Geschwulst der Niere,
8. Echinococcus der Leber.

Erkrankungen des Pancreas und des Magens, besonders die Carcinome dieser Organe können bei ihrer nahen Lage zu der Gallenblase der Diagnose grosse Schwierigkeiten stellen. Allein, wenn man erfährt oder durch Palpationen noch feststellen kann, dass der Tumor in der Midianlinie zwischen Processus xiphoideus und Nabel oder etwas links von derselben zur Beobachtung gekommen ist, so kann man mit grösster Wahrscheinlichkeit, von welcher Art auch immer das Leiden sei, annehmen, dass es vom Magen oder von der Bauchspeicheldrüse ausgegangen sei, zumal wenn noch hinzukommt, dass der Sitz des grössten Schmerzes sich im Epigrastrium befindet. Kommt dagegen eine höckerige feste Geschwulst im rechten Hypochondrium in der Gegend der Gallenblase zum Vorschein, so wird man zunächst den Tumor als von dieser ausgehend zu betrachten haben oder der Tumor gehört der Leber

an. Bei der ungemeinen Überzahl metastatischer Geschwulstbildungen in der Leber wird man daher immer nach einer Ursache ausserhalb derselben fahnden müssen. Zur Unterscheidung vom Gallenblasenkrebs ist zu erwägen, dass bei Carcinom der Leber diese bei der Palpation sich besonders am Rande auffallend hart anfühlt, zahlreiche höckerige, teils weiche, teils harte Knoten durchfühlen lässt und auf Druck fast garnicht schmerzt — was allerdings nicht mehr zutrifft, sobald die Serosa mit ergriffen wird — während bei Carcinom der Gallenblase Druck auf dieselbe ausserordentlich schmerzhaft empfunden wird. Bei Echinococcus wird man durch Probepunction und sein Wachstum die Diagnose festzustellen haben. Zur Unterscheidung von Nierengeschwülsten und beweglicher Niere sei im allgemeinen bemerkt, dass sich der Gallenblasentumor respiratorisch mit der Leber auf- und abwärts bewegt. In Bezug auf sein Verhalten bei tiefer Respiration ist nach Naunyn folgendes zu bedenken:

Im Verhalten bei tiefer Respiration, sagt dieser Autor, unterscheidet sich die Gallenblasengeschwulst zuweilen sehr deutlich nicht nur von der beweglichen Niere, sondern auch von Geschwülsten des Netzes, des Darmes oder wohl auch des Magens. Die Gallenblasengeschwulst steigt bei der Inspiration abwärts und bei der Exspiration ebenso wieder aufwärts; es gelingt auch da, wo man die Geschwulst deutlich fassen kann, nicht, sie hieran zu verhindern. Geschwülste der Niere, des Magens, auch des Netzes und des Darmes steigen oft genug bei der Inspiration abwärts, in manchen Fällen gelingt es aber, indem man die Geschwulst umgreift oder indem man, wenn sie ihren tiefsten Stand erreicht hat, mit den Fingerspitzen schnell an dem oberen Rande der Geschwulst eingeht, sie am Wiederaufsteigen in der Exspiration zu hindern.

Zur weiteren Unterscheidung von Nierengeschwülsten

erwähnt derselbe Autor, dass, wenn man die eine Hand hinten in die rechte Nierengegend, die andere vorne auf die fragliche Geschwulst bringt, man oft sehr sicher Nierengeschwülste erkennen könne. Man kann sie auf diese Weise zwischen beide Hände nehmen; dies gelingt bei Gallenblasengeschwülsten nicht; doch muss man sich sehr davor hüten, dass man die von hinten tastende Hand nicht zu weit nach aussen, das heisst, nicht lateralwärts vom lateralen Rand des Quadratus lumborum auflegt. Falls man hierauf nicht achtet, kann man auch Leber- und Gallenblasentumoren bimanuell tasten und hiernach falsch beurteilen. Sehr schön klärt zuweilen die Aufblähung des Magens durch Brausepulver darüber auf, welchen Organen die Geschwulst angehört; handelt es sich um die Gallenblase, so rückt die Geschwulst deutlich nach rechts, wohl auch nach oben, dabei wird sie, falls nicht die zunehmende Spannung der Bauchdecken störend wird, zuweilen stärker gegen die vordere Bauchwand gedrängt und dadurch deutlich tastbar; der Nierentumor hingegen, falls er noch nicht zu kolossal ist, entschwindet bei dieser Manipulation ziemlich schnell der Palpation; noch sicherer geschieht dies, wenn man den Darm mit Wasser oder Luft stark füllt.

Von grosser Wichtigkeit für die Diagnose der Gallenblasengeschwülste wird oft die Beschaffenheit des Inhalts der Geschwulst. Kann man nämlich durch eine Probepunction Galle zu Tage fördern, so handelt es sich um einen Krankheitsprocess, welcher in irgend einer Beziehung zu der Gallenblase stehen muss, wobei man durch die Punction manchmal den Vorteil geniesst, über die Beschaffenheit des Tumors Aufschluss zu erhalten. Oft wird es gelingen, zerfallene Geschwulstteile auf diese Weise zu erhalten, deren mikroskopische Untersuchung die krebsige Natur der Geschwulst erkennen lässt. Zweifelhafter Eiter, hämorrhagische Flüssigkeit, sehr stark

eiweisshaltige Galle, gar keine Flüssigkeit spricht für Carcinom; dasselbe gilt auch von der Milzschwellung, wenn man bei Ascites eine Hepatitis diffusa auszuschliessen vermag. Verfolgt man das Wachstum des primären Gallenblasencarcinoms und die dadurch gesetzten Veränderungen sowie die subjectiven Beschwerden der Kranken, so findet man, wie schon erwähnt, in der ersten Zeit oft noch kein Zeichen, welches für das Vorhandensein eines so schweren Leidens spräche, wenn anders man nicht mit Quetsch, der einen Fall von primärem Gallenblasencarcinom aus der Riedelschen Klinik mitteilt, dem Charakter der Schmerzen, welche, solange Cholelithiasis bestand, mehr krampf- und kolikartig waren, während sie mit dem Beginn der krebsigen Infiltration dumpf, unbestimmt und continuierlich auftraten, soviel Wichtigkeit in den fraglichen Fällen zulegen will, um daraus einen bestimmten Schluss zu ziehen.

Wächst nun der Blasenkrebs, so geschieht dies zunächst in das Lumen der Gallenblase hinein, allmählich mit seinen Massen dieses ausfüllend, greift herüber auf die Wandungen der Gallenblase, dann auf den Ductus cysticus, Ductus hepaticus und Ductus choledochus; nachdem hier ebenfalls krebsige Infiltration angeregt, muss es bald zu einer Verlegung des Ausführungsganges und zwar meist zur eiringförmigen Infiltration, welche das Lumen ausfüllt, kommen. Jetzt kann das Auge des Beobachters durch Icterus auf jene bedenklichen, gefahrdrohenden Zustände gelenkt werden. Die Folge des Abflusshindernisses der Galle zeigt sich auch durch Stauung in den Gallenwegen und oft hochgradige Erweiterungen derselben. Allmählich weiter wuchernd greift der Krebs auf die Porta hepatis über, und nun kommt es, sei es durch Druck, sei es dadurch, dass das Carcinom in die Gefässe hineinwuchert, zu Thrombosierungen, zum Ascites. Infolge der zunächst nicht eitrigen Entzündungen kommt

es zu Verwachsungen mit allen Nachbarorganen, Netz, Darm, Bauchwand u. a. Gelangen aber aus dem Darm eitrige Entzündungserreger in die Gallenblase, was ja um so leichter geschehen kann, als bei der Stagnation keine abfliessende Galle sie am Eindringen hindert, so kommt es in der stagnierenden Galle zu Zersetzungen und zu hochgradigen Eiterungen. Es treten multiple Abscesse der Leber und Fieber auf. In Bezug auf letzteres muss erwähnt werden, dass dasselbe diagnostisch nicht verwertet werden kann, da es bald vorhanden ist, bald fehlt, je nachdem eben durch Inefction Zersetzungsprocesse vorliegen oder nicht. Die Wand der Gallenblase wird brüchig, und es kommt zur Fistelbildung. Nunmehr wird auch Icterus wieder verschwinden können. Selbstverständlich werden in den späteren Stadien Metastasen des Krebses nicht fehlen, und so sieht man oft secundäre Carcinome des Darms, des Netzes, des Magens, des Brustfells und verschiedener anderer Organe auftreten. Hochgradige Kachexie beschliesst das Bild. Das ist im allmeinen dasjenige, was man bei der Diagnose Gallenblasencarcinom zu beachten hat. Das Krankheitsbild wird ja im einzelnen variieren, auch werden Enttäuschungen und Fehldiagnosen und Überraschungen manchmal nicht ausbleiben; aber oft wird man auch die Freude erleben, die Diagnose des primären Gallenblasencarcinoms richtig und so frühzeitig gemacht zu haben, dass diese Fälle einen neuen Ansporn und regen Eifer zu neuen Beobachtungen und richtiger Erkenntnis dieser tückischen Krankheit führen werden, zum Wohle und Nutzen leidender Mitmenschen. Bei der Wichtigkeit des Leidens, bei der relativen Häufigkeit desselben, bei dem Anwachsen der Litteratur über den primären Blasenkrebs ist es wünschenswert, alle jene Punkte sorgfältig zusammen zu fassen, welche die frühzeitige Diagnose stützen und ermöglichen lassen. Dahin gehört nun vor allen Dingen

als wertvoller Fingerzeig, auf den zum Schlusse wiederum aufmerksam gemacht werden soll, die anamnestische Erhebung früher durchgemachter Gallensteinkoliken. Wenn, was wir nicht bezweifeln können, die Steine ein ursächliches Moment für das Entstehen des Krebses in der Gallenblase bilden oder doch bilden können, so muss der Arzt einen Steinkranken auf die Gefahr, in welcher er schwebt, hinweisen. Er wird das um so eher thun dürfen, als er ihm ja gleichzeitig die frohe Zuversicht auf dauernde Heilung durch einen verhältnismässig noch leichten operativen Eingriff geben kann.

Im Anschluss an das Vorhergehende sei es mir gestattet, drei Fälle vom primären Gallenblasencarcinom, welche im städtischen Krankenhause Moabit durch die Section zur Beobachtung gekommen sind, hier anzureihen.

I.

Männlicher Patient von 41 Jahren erkrankte Anfang Oktober 1893 mit Appetitlosigkeit, Schmerzen in der Magengegend, aufstossender Uebelkeit und Erbrechen, dann traten hinzu Anschwellung des Leibes, die allmählich zunahm, zugleich damit Atmungsbeschwerden, 4 Wochen vor Weihnachten Gelbfärbung der Haut, zwei Wochen darauf Anschwellung der Füsse und des Scrotums. Starke Abmagerung seit Oktober 1893, seit 14 Tagen Heiserkeit, Urin dunkel, gallenfarbstoffhaltig, Stuhl hell. Geringer Potus wird zugestanden. Vor 11 Jahren an Gallenstein und Gelbsucht in der Charité gelegen, sonst immer gesund.

Status praesens: Ziemlich kräftiger Knochenbau, starke Abmagerung, starke Gelbfärbung der ganzen Körperhaut und der Conjunctiva, Zunge belegt, trocken, Abdomen stark aufgetrieben und gespannt, deutliches Fluctuationsgefühl, freier Ascites, bei der starken Spannung des Leibes ist Palpation der Leber nicht möglich, über der

rechten Lungenspitze leichte Dämpfung, rechts oben unbestimmtes Inspirium und knarrende Geräusche, sonst normale Verhältnisse, Respiration wenig beschleunigt. Arterien rigide geschlängelt; Urin: 1027,700 ccm. 24stündige Menge. Frei von Eiweiss. Mit Rücksicht auf die früher bestandenen Gallensteinkoliken, das rasche Abnehmen der Körperkräfte, den chronischen Icterus wurde eine wahrscheinlich mit der Gallenblase im Zusammenhang stehende Carcinombildung als Ursache der Krankheitserscheinungen angenommen. Die Diagnose bestätigte sich, nachdem der Ascites entleert und nunmehr eine Palpation der Organe möglich geworden war. Palpation ergab eine höckrige Oberfläche der vergrösserten Leber, von welcher aus knollige Tumormassen sich bis ins Epigastrium hinein erstreckten; unter zunehmender Kachexie trat am 22. Januar 1894 der Tod ein.

Die Section ergab eine stark vergrösserte Leber, welche auf der unebenen Oberfläche, wie auf dem Durchschnitte eine Unmenge kleinere und grössere Carcinomknoten enthält, die so dicht liegen, dass mikroskopisch nichts mehr vom normalen Lebergewebe zu sehen war. Die Gallenblase war in die Geschwulstmasse ganz eingebettet, die Wandreste waren carcinomatös verändert, der Ductus coledochus war in Narbengewebe eingebettet, aber nicht carcinomatös; Steinbildungen waren nicht mehr vorhanden; Magen und Darm waren ebenso wie alle übrigen Organe frei von Carcinombildungen. Nur im Netz Metastasen. Die weitere Untersuchung ergab, dass es sich um ein von der Gallenblase ausgegangenes Carcinom handelte, welches sich auf die Leber und das Netz ausgebreitet hatte.

II.

57 Jahre alte Wittwe, will als Kind sehr skrophulös gewesen sein, im Alter von 17 Jahren Gelenkrheumatismus, welcher sie auch in späteren Jahren wiederholt befallen haben soll, durchgemacht haben. In den letzten Jahren ist Patientin leidlich gesund und kräftig gewesen. Seit Mitte November 1893 bemerkt sie einen bedeutenden Kräfteabfall, Anfang Dezember stellte sich Erbrechen ein. Seit kurzer Zeit bemerkte sie Anschwellung des Leibes und Kurzatmigkeit. Aufnahme am 11. Januar 1894.

Status praesens: Schwächliche Frau, schlechter Ernährungszustand, welke, trockene Haut, gelbliche Gesichtsfarbe, beschleunigte Respiration; Puls beschleunigt, über 100, unregelmässig, fieberfrei. Kein Icterus; Haut der unteren Extremitäten ödematös, der Leib gleichmässig aufgetrieben, bei Palpation leicht schmerzhaft; es besteht ein deutlich nachweisbarer Ascites, Urin frei von Eiweiss. Herz nicht vergrössert, reine Herztöne, gleichbleibende Lungendämpfung hinten unten, Pleuraerguss. Im Epigastrium höckrige Tumoren, welche dem Netz anzugehören scheinen. Die Diagnose wird auf carcinomatöse Peritonitis gestellt. Der Sitz des primären Carcinoms konnte nicht festgestellt werden. Unter zunehmender Kachexie trat am 27. Februar 1894 der Tod ein. Die Section ergab eine carcinomatöse Peritonitis mit zahlreichen Metastasen im Omentum, die in der Nähe der grossen Curvatur des Magens sich zu Tumormassen zusammengeballt hatten und bei der Palpation fühlbar gewesen waren. Als Ausgangspunkt der carcinomatösen Metastasen wurde die Gallenblase ermittelt, deren Wand carcinomatös degeneriert war und zu einer kleinen etwa hühnereigrossen Geschwulstmasse zusammengeschrumpft war. In der Gegend des Ductus cysticus war auch ein

erbsengrosser Gallenstein vorhanden, eingebettet von Geschwulstmassen, die von der Schleimhaut der Blase ausgingen. In der Leber selbst waren keine Metastasenbildungen, wohl aber im Zwerchfell, wodurch eine fortgeleitete carcinomatöse Pleuritis bedingt war.

III.

Frau von 63 Jahren gelangte am 2. Mai 1894 mit den Klagen über grosse Schwäche, Anschwellung des Leibes und Schmerzen in der Lebergegend zur Aufnahme. Angeblich stets gesund gewesen, soll die Erkrankung sich im Anschluss an einen Fall im Jahre 1893 langsam eingestellt haben. 3 Wochen vor der Aufnahme trat Icterus ein.

Die Untersuchung der kachectischen, tief icterischen, abgemagerten Frau ergiebt einen deutlichen freien Ascites und Anasarka der unteren Extremitäten; bei nicht erkranktem Herzen, normalen Nieren und gut lufthaltigen Lungen ergab die Palpation des Abdomen als Grund des Ascites einen höckrigen Lebertumor, der als ein metastatisches Carcinom angenommen wurde.

Die Obduction, welche am 29. Mai 1894 vorgenommen wurde, ergab als Ausgangspunkt der allgemeinen Carcinose die Gallenblase, welche mit mehreren grossen Steinen angefüllt war. Die Wand der Gallenblase war ganz in Geschwulstmasse umgewandelt und konnte man den Übergang des Carcinoms auf die Leber deutlich verfolgen.

Um das Bemerkenswerte der drei Fälle kurz zu besprechen, so ist zunächst als wichtig für die Diagnose hervorzuheben, dass in unserm ersten Fall sich anamnestisch eruieren lässt, dass Patient vor etwa 11 Jahren an Gallensteinen und Gelbsucht krank in der Charité gelegen habe. Bei der starken Abmagerung, dem Kräfte-

verfall und dem Ergebnisse der Palpation konnte nur ein Carcinom in Frage kommen, welches bei dem bestehenden Icterus und bei der Aussage des Patienten, dass er vor 11 Jahren an Gallensteinkoliken mit Gelbsucht gelitten habe, in Beziehungen zu der Gallenblase stehen musste. Freilich war der Process bereits stark vorgeschritten und hatte soviel Metastasen gesetzt, dass an ein erfolgreiches Eingreifen nicht mehr gedacht werden konnte. Allein ich will nur die Frage aufwerfen: Wäre Patient nicht vom Carcinom verschont geblieben, wenn er vor 11 Jahren durch Operation seine Gallensteine verloren hätte? Als sicher kann angenommen werden, dass Steine die Ursache für das Entstehen des Krebses in der Gallenblase geworden waren.

Auch im zweiten und dritten Falle ergab die Section das Vorhandensein von Steinen, dagegen ergiebt die Anamnese keine Anhaltspunkte für eine früher durchgemachte Cholelithiasis. Ob und wie weit bei der dritten Patientin der Sturz für den Ausbruch der malignen Neubildung verantwortlich gemacht werden darf, bleibe dahingestellt.

Nach der Statistik überwiegt das weibliche Geschlecht in Bezug auf Gallensteinkrankheit und Krebs der Gallenblase erheblich das männliche; wenn man auf so kleine Zahlen etwas geben will, so sehen wir das auch hier zutreffend; wie weit das Schnüren für die Stein- und Carcinombildung der Gallenblase des Weibes von Bedeutung ist, bedarf noch der Aufklärung; jedenfalls ist es kein reiner Zufall.

Die mikroskopische Untersuchung der Geschwülste I und II ergab in beiden Fällen einen von dem Epithel der Blasenschleimhaut ausgehenden Cylinderepithelkrebs mit deutlichen Krebsalveolen und starker kleinzelliger Infiltration. Auffallend war secundär das Bindegewebe gewuchert, von dem starke Stränge die Epithelzapfen

dicht umgeben, so dass man von einer scirrhoesen Form des Krebses sprechen konnte. Das Präparat des dritten Falles konnte aus äusseren Gründen nicht untersucht werden.

Zum Schlusse sage ich Herrn Professor Renvers für die gütige Anregung zu dieser Arbeit, wie für die freundliche Unterstützung meinen verbindlichsten Dank.

Litteratur.

Gerhardt, Deutsche medicinische Wochenschrift 1893. No. 20.

Siegbert, Virchows Archiv C. XXXII.

Wallace Anderson und Oewal (Glasgower Journ. 1888), Carcinom der Gallenblase mit Steinbildung bei einer zwanzigjährigen Frau.

Schüppel und Birch-Hirschfeld (Jahrbücher der pathologischen Anatomie 1877), Entstehung der primären Gallenblasenkrebse.

Gumprecht, Neuere Fortschritte in der Kenntnis der Cholelithiasis. Deutsche med. Wochenschrift 1895. No. 14. ff.

Gersuny, Indicationen der chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis. Wiener med. Presse 47 und Wiener med. Wochenschrift 48/49.

Korte, Choledochussteine. Deutsche med. Wochenschrift 1894.

Norbert Orthner, Zur Klinik der Cholelithiasis. Wien 1894.

Braumüller-Martig, Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege. Mitteilungen aus dem klin. und med. Institute der Schweiz. I. Reihe 3. Heft.

Couvorisier, Casuist.-statist. Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege. Leipzig 1890. F. C. W. Vogel.

W. Körte, Bericht über die chirurgische Behandlung bei Erkrankungen der Gallenwege. Berl. klin. Wochenschrift 1885 No. 48 und ebenda 1890.

W. Körte, Über die Chirurgie der Gallenwege.

v. Bergmanns Sammlungen klin. Vorträge 1892.

Verhandlungen des deutschen Congresses für innere Medicin. Ref. Naunyn und Fürbringer.

Kehr, Zur Chirurgie der Gallensteinkrankheit. Deutsche Zeitschrift für Chir. XXXVIII. pag. 321.

Heddaus, Gallenblasengeschwülste.

Riedel, Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit. Berlin 1892. Hirschwald.

Naunyn, Klinik der Cholelithiasis. Leipzig 1892. F. C. W. Vogel.

Villard, Jahresbericht von Virchow-Hirsch 1870—1872. Etudes sur le cancre primitif des voies bilaires.

Ziemssens Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. VIII. 1. Hälfte II. Abteilung.

Musser, Primary Cancer of the Gall-Bladder and Bile-Ducts.

Vita.

Emil Jacobi wurde am 18. Februar 1865 geboren als Sohn der Eheleute Louis Jacobi und Bertha Jacobi zu Harmelsdorf in Westpreussen. Nachdem er den ersten Unterricht in der Elementarschule zu Dt. Krone erhalten, besuchte er eben dort auch das Gymnasium, welches er Ostern 1886 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er bezog nun die Universität Berlin, um Medicin zu studieren, ging nach 5 Semestern nach Würzburg, wo er seine klinischen Semester zubrachte, und bestand hier im Jahre 1891 die Staatsprüfung. Von da an war er teils als Vertreter, teils in selbständiger Stellung thätig und wirkt jetzt zu Wangerin in Pommern als praktischer Arzt.

Allen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.